

Intervenção desenvolvimentista em psicologia da doença

L. JOYCE-MONIZ (*)

LUISA BARROS (*)

1. PSICOLOGIA DA SAÚDE E PSICOLOGIA DA DOENÇA

Na grande corrida norte-americana para a formalização de especialidades de Psicologia dos anos setenta, que permitiu a esta disciplina ultrapassar em número de variedades outras campeãs como a Medicina e a Engenharia, a Psicologia da Saúde outorgou-se de imediato o direito de assimilar a Psicologia da Doença:

“A Psicologia da Saúde é o agregado de contribuições específicas educacionais, científicas e profissionais da disciplina de Psicologia, para a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, e a identificação dos aspectos correlacionados (*correlates*) com a etiologia e o diagnóstico da saúde, da doença e das disfunções com ela relacionadas.” Joseph Matarazzo (1980, p. 815).

Como se a doença fosse a antítese da saúde, e esta o contrário daquela, como se pudessem estudar dentro desta dialética simples, e que tal circularidade tivesse levado esses *pioneiros* a optar

pelo positivo, elegendo a Psicologia da Saúde como mãe de todas as condições somáticas, boas e más.

No entanto, cedo se notou que havia um propósito de prevenção da doença e de promoção da saúde, que unia a Psicologia da Saúde aos desígnios da Medicina Preventiva, e um propósito de confronto da doença e restabelecimento da saúde, e sobretudo de adaptação à doença, que tornavam óbvia a particularidade de uma Psicologia da Doença, com um diálogo privilegiado com a Medicina Curativa e a Medicina Paliativa.

Grande parte da Psicologia da Saúde tem sido, pois, constituída por uma Psicologia da Doença. Poder-se-á mesmo dizer que as teorias mais eloquentes que se fazem entender nos areópagos da Psicologia da Saúde têm sobretudo a ver com a doença (*e.g.*, Howard Leventhal, 1975, 1983, 1986).

No que nos diz respeito (Joyce-Moniz & Barros, 1994), sempre optámos pela distinção destas disciplinas, que não são circulares, nem antitéticas, e que limitam muitas vezes a sua complementaridade ao mínimo factor comum. Começando desde logo por não ter sentido falar-se de uma Psicologia da Pessoa Saudável, porque esta condição ideal se define melhor no termo genérico de saúde. E, infelizmente para nós especialistas, fazer mais sentido uma Psicologia do Doente do que uma Psicologia da Doença, pela simples razão de ser o doente a definir esse processo

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

bem real chamado doença, e não a doença a definir o doente.

Com efeito, delinear traços gerais de estilo de vida ou retratar modelos de condições ideais de saúde não nos incomoda, e estas atribuições genéricas fazem parte da desiderata dos programas de promoção da saúde. Ao inverso, todos os estudos que tentaram conceber traços fixos ou personalidades para doenças (*e.g.*, artrite, asma, cancro, enxaqueca) têm redundado em fracasso. Muito simplesmente porque essas *doenças com personalidade* são más representações das ideias e dos comportamentos dos respectivos doentes. Se a saúde é uma condição ideal, que se pode balizar em termos modelares (*e.g.*, epidemiológicos), a doença é uma condição individual, experiencial, cujos parâmetros psicológicos servem para tornar mais variáveis e indefiníveis os parâmetros somáticos.

A Psicologia das pessoas já doentes, ou vencidas que o estão, coloca questões metodológicas muito mais complexas do que a Psicologia das pessoas a quem se pretende preservar a sua condição, real ou suposta, de saúde. De forma tosca, poder-se-á dizer que a Psicologia do Doente engloba todas as problemáticas cognitivas, emocionais e comportamentais do doente a que a Psicoterapia e a Psicologia Clínica procuram dar resposta, e ainda mais todos os problemas psicológicos de confronto de sintomas somáticos e/ou adaptação à doença, que são específicos da Psicologia da Doença. Embora, como se verá, as metodologias de intervenção desta disciplina se apoiem substancialmente nas da Psicoterapia e da Psicologia Clínica, mesmo no que diz respeito ao confronto e/ou adaptação com/aos sintomas somáticos e processos biomédicos de tratamento.

2. HIERARQUIAS DE SIGNIFICAÇÕES DO DOENTE

Assim como a Psicologia da Saúde se dirige hoje maioritariamente às ideias ou significações das pessoas sobre saúde, contrariamente à Medicina Comportamental, a Psicologia da Doença trata essencialmente das ideias ou significações do doente sobre o processo de doença. Como estas ideias do doente são mais vividas, experienciadas e, sobretudo, sofridas, poder-se-á dizer que a Psicologia da Doença, mais do que qualquer

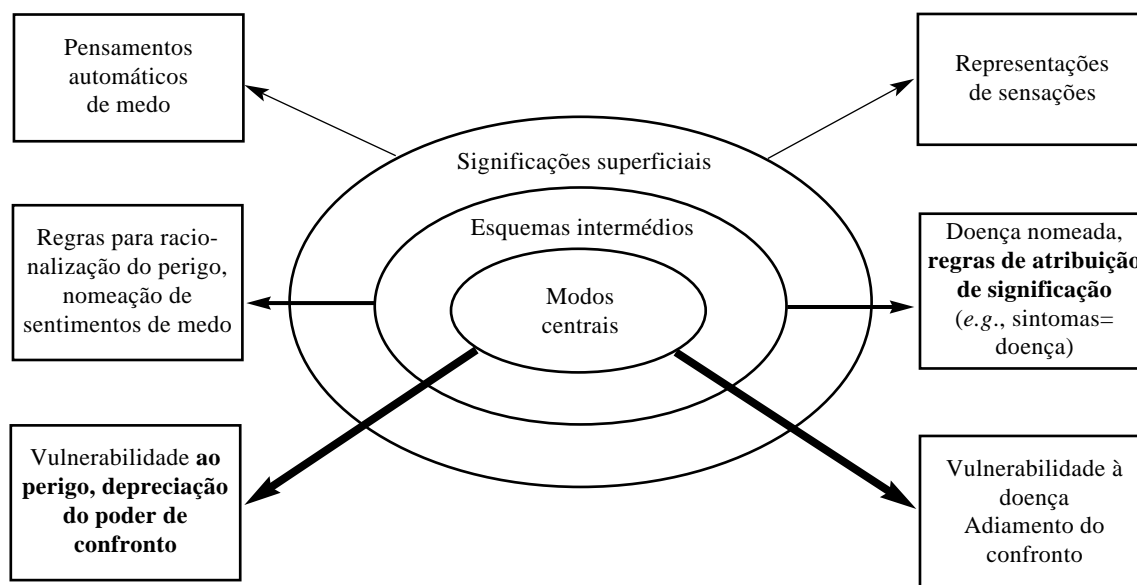
outra disciplina da Psicologia, lida com *hot cognitions*, as quais se podem traduzir numa linguagem monista, não só como cognições *quentes* mas igualmente *emocionais* (ou emocionadas). Pelo que as ideias do doente fazem-se sempre acompanhar por emoções, mais pronunciadas do que numa condição de saúde. Ou noutros termos, porque as emoções do doente fazem-se sempre acompanhar por ideias mais específicas ou idiossincráticas do que as emoções associadas à condição de saúde.

Como as significações (cognitivas/emocionais) do doente fundamentam a grande maioria dos modelos de Psicologia do Doente, e as significações do paciente estão na base dos modelos cognitivistas da Psicoterapia, não é surpreendente constatar uma grande semelhança entre as estruturas significativas representadas em ambos os modelos apresentados na Figura 1.

Por conseguinte, a Psicologia da Doença não se diferencia das outras disciplinas psicológicas fundamentadas nas ideias, crenças ou significações que a pessoa faz da realidade (atribuída a si própria e aos outros). Primeiro, porque também estabeleceu uma hierarquia estrutural indo das representações mais imediatas, superficiais e concretas da realidade (*e.g.*, sensações somáticas estranhas e/ou incómodas) às mais reflexivas, profundas e abstractas (*e.g.*, atribuição de gravidade à doença, auto-atribuição de vulnerabilidade à doença). Segundo, porque seguiu as pisadas tradicionais das *psicologias subjectivas*, estabelecendo igualmente que os modos centrais, ou significações profundas, determinam a qualidade e quantidade das significações superficiais e de menor reflexão (*e.g.*, sentindo-se vulnerável, a pessoa queixa-se mais de sensações somáticas desagradáveis).

À semelhança do que se passa nos principais modelos cognitivistas da Psicoterapia (*e.g.*, disfunções ou erros cognitivos de abstracção selectiva, inferência arbitrária, ultrageneralização, bipolarização, etc., na Terapia Cognitiva de Beck [Beck, 1976; Beck & Freeman, 1990; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979]), são as estruturas intermédias, ou esquemas, que são mais extensivamente abordadas na Psicologia da Doença (*e.g.*, regras do agrupamento, da simetria, da idade vs. doença, e da idade vs. stresse, no modelo de auto-regulação das significações leigas da doença [Leventhal, 1975, 1983, 1986; Leventhal & Le-

FIGURA 1
Hierarquias estruturais nos modelos de Aaron Beck (esquerda) e Howard Leventhal (direita)
 (Retirado de Joyce-Moniz & Barros, no prelo)



Leventhal, 1993; Leventhal & Diffenbach, 1991; Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984)]. Na prática, acredita-se que jogando ao *meio* da hierarquia, pode-se limitar o poder dos *core* (estruturas profundas), ao mesmo tempo que se modificam as crenças automáticas e superficiais, identificadas com comportamentos também impulsivos ou rotinizados (repetitivos, circulares). Uma vez que esse meio é *racional/irracional*, comportando assim regras ou normas *más* que se podem mudar em *boas*, associadas precisamente aos bons comportamentos normativos.

Assinale-se que este recurso à mudança ou sistematização de regras processuais de higiene, prevenção, estilo de consumo, hábitos de exercício, etc., para chegar a comportamentos concretos adaptados e/ou integrar conceitos centrais de promoção da saúde e qualidade de vida parece justificar-se de sobremaneira nas acções da Psicologia da Saúde. Que são (a) *prospectivas*, porque centradas em comportamentos preventivos, e (b) *grupais*, porque uma prática de prevenção da

doença a nível individual é economicamente incomportável e gestionariamente absurda.

Em termos metodológicos os modelos cognitivistas serão, pois, os mais indicados para impor ao sujeito da acção de promoção da saúde um *esquema processual de antever a ameaça para não cair nela*. Mas curiosamente, também em termos metodológicos, os modelos cognitivistas que preconizam a disputa racional ou racionalização activa das crenças que dificultam a adaptação à doença e/ou a programação de experiências empíricas para reforçar essa disputa (como São Tomé, *ver para crer*) são também utilizados na Psicologia da Doença (Bandura, 1997a, b; Becker & Rosenstock, 1984).

Todavia, normas de prevenção (da doença) e normas de correcção (das suas consequências) têm, efeitos diversos em termos de pensamentos superficiais para a sua aplicação, e de pensamentos centrais da sua justificação. Na Psicologia da Saúde, os princípios generosos de promoção da saúde e da qualidade de vida passam bem nas regras de prevenção, higiene, etc., e o problema prático consiste em traduzir essas regras em com-

portamentos concretos e sistematizados. Na Psicologia da Doença, os princípios dolorosos de cronicidade da doença ou vulnerabilidade aos efeitos secundários do seu tratamento/adaptação, põem constantemente em causa as *racionalizações racionais* sugeridas pelos psicólogos, e o problema prático continua a ser de pôr essas regras em prática. O que poderá não ser suficiente, e obrigar o psicólogo a sair dos esquemas intermédios (ou estruturas normativas), e a introduzir no diálogo com o doente crenças ou significações de superficialidade e/ou interioridade maiores.

Em termos práticos, contrariamente à Psicologia da Saúde, que pode guardar os seus esquemas intermédios e as metodologias mais ou menos racionalistas que os mantêm, a Psicologia da Doença está sempre confrontada com estes problemas:

1. Como psicologia dirigida às significações individuais precisa de uma maneira de arrumar conceptualmente e classificar operacionalmente essas significações, o que não é nada fácil dado existirem várias centenas de sistemas psicológicos de classificação do nosso subjectivismo;
2. Como psicologia apoiada na racionalização dessas significações pode recorrer aos modelos habituais de hierarquia superficial/profundo para classificar as crenças subjectivas, embora constata-se que as actuações normativas não chegam para resolver os problemas da idiossincrasia de comportamentos ou de persistência de crenças centrais inadaptadas;
3. Como psicologia não só explicativa mas acima de tudo pragmática e interventiva, sabe que tem de recorrer a metodologias alternativas às racionalistas, tentando não cair nas do positivismo contingencial da Medicina do Comportamento nem no interpretacionismo das profundidades próprio das correntes dinâmicas e outras.

3. DIFICULDADES DIALÉCTICAS DA PSICOLOGIA DA DOENÇA COM OBJECTIVO CLÍNICO

Face a estes problemas, os modelos/autores mais conhecidos de Psicologia do doente e da doença

reagem do modo que qualquer um pode constatar na literatura deste último quarto de século: a teoria ou a explicação das significações do doente, e das respectivas estruturas, prevalece sobre a proposta de intervenção (clínica) para a sua modificação. Se a percentagem de propostas metodológicas já é bem escassa na grande literatura da Psicologia da Saúde, a percentagem de propostas de intervenção na de Psicologia da Doença ainda é menor. Parece mais desejável apontar os males do que propor os remédios.

Se quisermos dar ao termo *clínico* a sua asserção mais aplicada ou operacional, somos obrigados a constatar que a literatura (*e.g.*, norte-americana) da Psicologia Clínica da Doença ainda não existe, ou é ultra-minoritária, enquanto parte da Psicologia da Saúde e da Doença.

Esta Psicologia Clínica da Doença tem de ser entendida na sua máxima capacidade operacional, tal como os modelos de psicoterapia que estão abertos a todos os processos patológicos. Isto é, para a Psicologia da Doença passar de uma prevalência explicativa para uma preponderância pragmática e interventiva, os seus modelos devem propor metodologias para enfrentar a grande maioria dos problemas com que a pessoa doente se confronta ao longo do processo de doença. O que leva a que as distinções processuais de doença, que virtualmente mais interessam à Psicologia (clínica) da Doença, correspondam precisamente aos processos mais longos e continuados, como as doenças crónicas e as doenças terminais.

Tratar as emoções excessivas de ansiedade, disforia ou cólera do doente, como muitos médicos pedem aos psicólogos para o fazer, é, sem dúvida, do foro da Psicologia Clínica. Mas se o psicólogo se queda nesse sector e não atende a outros aspectos do processo de doença, o seu estatuto profissional não se integra na Psicologia (Clínica) da Doença. A qual se constitui precisamente no atendimento do doente em todas as fases e problemas do processo de doença.

Neste sentido, poder-se-á dizer que a Psicologia Clínica da Doença pena em existir, porque as (suas) propostas metodológicas na literatura prevalecente são escassas, sectoriais e desenquadradas de uma intervenção consistente e processual. Contrariamente a muitos dos modelos explicativos da Psicologia da Doença que guardam uma representação holística do doente e da doença

(e.g., Bishop, 1987, 1991; Bishop & Converse, 1986; Leventhal, 1975, 1983, 1986; Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984).

A nosso ver, as grandes dificuldades metodológicas da Psicologia da Doença dirigida ao processo completo da doença provêm do paradigma estrutural que as orienta. Conceber as relações entre as crenças/significações em termos paradigmáticos, em que o mais profundo comanda o mais superficial, talvez não seja a melhor maneira de dar conta dos movimentos conceptuais do doente, que se trate do seu impulso/*insight* ou da sua metarreflexão.

Quanto mais não seja porque o psicólogo pode confundir o seu trabalho caracterizador com o do detective à procura da significação escondida, origem de todas as crenças e reacções malévolas, e o sofrimento concreto do doente passar a compor apenas o cenário da doença, que o psicólogo se deleita a construir.

Mas a crítica maior a fazer aos modelos de hierarquização determinística de estruturas de significação de *dentro para fora* (se namoram com a fenomenologia), ou de *fora para dentro* (se namoram com o positivismo) é a sua falta de dialéctica, ou melhor, a sua dialéctica num só sentido, isto é, o de essas estruturas serem mais acessíveis ao conhecimento, superficiais e explícitas, mas *enganadoras*, ou de serem menos acessíveis, profundas e implícitas, mas *verídicas*.

É uma história triste a duma Psicologia de combate entre os que afirmam que só o escondido é verdadeiro e os que dizem que só o óbvio é realidade. A doença é um processo suficientemente vivido com *realidades* (crenças, significações), que não se reduzem a essa alternativa. A dialéctica dos processos de doença não será só a do implícito que manda no explícito, ou do vice-versa.

Se considerarmos as grandes dimensões (tendencialmente faseadas), da Psicologia do processo de doença:

- a) **Conhecimento da realidade da doença**
- b) **Adesão ao tratamento proposto**
- c) **Confronto com sintomas somáticos e psicológicos**
- d) **Vivência ou adaptação ao processo de doença** (sobretudo crónico e terminal)

Poder-se-á dizer que apenas na primeira, do

conhecimento da realidade da doença, que envolve o aparecimento de sinais, a equiparação destes sinais a sintomas de doença por dedução própria ou por diagnóstico médico, e a consciência da existência dessa doença, é que a dialéctica entre o explícito e o implícito poderá ser conceptualmente de utilidade.

Em todas as outras dimensões dever-se-á procurar outros movimentos entre significações do doente. Lembrando, por exemplo, que os modelos cognitivo-funcionalistas (e.g., Lazarus, 1986, 1991; Lazarus & Folkman, 1984; Bandura, 1986, 1997a, b) aplicados à doença, sempre tentaram equacionar as significações de doença (ou dos seus sintomas) em dialéctica com as significações do seu confronto (*coping*).

Evitando a orientação positivista desses modelos, poder-se-á igualmente dizer que a dialéctica da *adesão ao tratamento proposto, confronto com sintomas, e vivência do processo* será melhor representada pelas acções de diferenciar para conhecer a doença e o tratamento, e de integrar para confrontar os seus sintomas e dificuldades. Não é, pois, um movimento de dentro para fora, nem de fora para dentro, mas uma dialéctica evolutiva e transformadora.

4. DIALÉCTICA DO DESENVOLVIMENTO NO PROCESSO DE DOENÇA

A vantagem principal de um modelo desenvolvimentista em Psicologia da Doença é a de possibilitar uma leitura ou uma caracterização das significações expressas pelo doente em termos processuais de diferenciação (ou descentração, destruturação, etc.) e de integração (ou compensação, reestruturação, etc.).

Nesta perspectiva, a pessoa doente actua de acordo com as suas significações, e estas podem ser representadas por um nível (descontinuidade, estágio, etc.), que compreende uma sequência de níveis de significações – associadas ao sofrimento e/ao seu confronto – cada vez mais abertas, flexíveis, reversíveis, complexas e/ou universais.

Nos modelos cognitivistas referidos antes, as significações são classificadas em termos deterministas de dentro para fora, ou do centro para a periferia. A intervenção está orientada por este determinismo. É necessário descobrir as significações mais profundas, ou regularizar as inter-

médias, para actuar sobre a desordem das crenças superficiais, e chegar assim ao comportamento adaptado.

Nos modelos desenvolvimentistas, as significações são classificadas em termos dialécticos de diferenciação e integração de significações, ou seja, pela ordem como foram adquiridas durante o desenvolvimento psicológico, e pela preponderância que exercem sobre outras significações na condução das vivências ou experiências do doente.

A intervenção procede destes dois movimentos. É necessário identificar as significações mais abertas ou complexas de que a pessoa é capaz, e as relações ou combinações que estabelece com essas significações. A mesma pessoa pode aceder ao longo do tempo do (seu) desenvolvimento a níveis diferentes de significação sobre a doença e os seus processos, de forma ordenada (1.º, 2.º, 3.º, etc.) e inclusiva (3.º contém o 2.º e o 1.º, 2.º contém o 1.º, etc.). O doente que acede por exemplo ao último nível de significação de uma sequência de cinco poderá não só funcionar nesse nível mas igualmente nos quatro antecedentes. Ou um de nível três pode usar também significações de níveis um e dois. Por definição, só a pessoa que não ultrapassou o primeiro está limitada a este nível de significação (Joyce-Moniz & Barros, no prelo).

O modo como a pessoa usa os níveis de sistemas de significações diversos (*e.g.*, da doença, dos sintomas, do diagnóstico médico, do tratamento) não é necessariamente coerente, isto é, uma pessoa que actua habitualmente num determinado nível 3, não actuará sempre nesse nível (desfasamento vertical), e sobretudo servir-se-á concomitantemente de outros níveis de sistemas completos de significação (desfasamento vertical).

O *diagnóstico* desenvolvimentista envolve, pois, dois objectivos complementares: (a) identificar os conteúdos de significação da pessoa em sequências de níveis, que obedecem às leis do desenvolvimento psicológico, e (b) identificar as formas como a pessoa funciona com essas significações, em termos dialécticos de acções de diferenciação, ou compensação, *versus* acções de indiferenciação, ou centração, e de integração/compensação *versus* de paragem/circularidade.

Servindo-se de metodologias variadas, a intervenção desenvolvimentista tem como principal

objectivo a mudança de acções de centração em acções de descentração, e de acções de não compensação (ou compensação incompleta) em acções de compensação.

Por definição, estas mudanças de acções têm de ser feitas de acordo com o ordenamento dos seus conteúdos significativos (*i.e.*, hierarquias de cinco níveis de significação¹) e com os desfaseamentos intra e inter sistemas de significação.

Duas décadas de reflexão e investigação permitiram-nos chegar a alguns modelos de hierarquias de níveis de significação para cada uma das dimensões referidas do processo de doença, que propomos agora para o diagnóstico desenvolvimentista em Psicologia da Doença (Joyce-Moniz & Barros, no prelo) (ver Quadro 1).

O grande problema desta proposta é ser ainda muito incompleta. Com efeito, existem muitos outros sistemas significativos do doente, que se encaixam nas dimensões do processo apontadas, mas que não figuram aqui. É necessária bem mais investigação para dar uma forma desenvolvimentista (*i.e.*, em sequências integradoras de níveis) a esses outros sistemas².

Ao contrário, consideramos as acções dialécticas, adaptadas e inadaptadas em termos de desenvolvimento, como formando uma proposta completa, baseada na epistemologia de J. Piaget, e por nós estudada desde há algum tempo (Joyce-Moniz, 1985, 1993).

5. DESFASAMENTOS E METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO

A objectivação dialéctica equivale a considerar a intervenção clínica como uma activação ou mobilização nas *boas* direcções (*e.g.*, de abertura, coordenação, flexibilidade, etc.).

Normalmente, o especialista tenta identificar (1) o nível mais alto de significação de que o

¹ A grande maioria dos autores do desenvolvimento cognitivo e socio-cognitivo formalizaram sequências com cinco níveis de significações (Joyce-Moniz, 1993).

² As hierarquias deste modelo foram retiradas na sua maioria de investigações conducentes a hierarquias específicas de determinadas doenças (Joyce-Moniz & Barros, no prelo).

QUADRO 1

Acções dialécticas e hierarquias de significação para as diferentes dimensões do processo de doença (Joyce-Moniz & Barros, no prelo)

Acções dialécticas preponderantes	Hierarquias de significação
CONHECIMENTO DA REALIDADE DA DOENÇA	
Diferenciação entre sinais e sintomas	Possibilidade da existência da doença
Coordenação inclusiva entre sintomas e doença	Sintomas que justificam a existência da doença
Centração circular de afirmação da realidade da doença (hipocondria)	Procura de sintomas justificativos da existência da doença
Diferenciação de causas Coordenação entre causas e doença	Razões da vulnerabilidade à doença e da sua gravidade
ADESÃO AO TRATAMENTO PROPOSTO	
Diferenciação entre doença e confronto da doença	Avaliação da possibilidade do confronto do confronto
Aceitação (identificação) e recusa (inversão) do diagnóstico médico	Razões da dificuldade em aceitar o diagnóstico
Aceitação (identificação) e recusa (inversão) do tratamento proposto	Condições para a adesão ao tratamento Características do relacionamento pretendido com o médico
CONFRONTO DE SINTOMAS	
Compensação do distúrbio por atribuição de controlo	Alvos e condições de controlabilidade existencial (incluindo o controlo do corpo)
Compensação da ansiedade e da depressão	Razões da vulnerabilidade ansiogénia Razões da vulnerabilidade depressogénia
Compensação de sintomas somáticos e somatoformes	Processos alvo de somatização Ganhos ou vantagens determinantes de processos conversivos
VIVÊNCIA DA DOENÇA	
Descentração por coordenação de perspectivas, flexibilidade e afirmação	Compreensão pelo outro da perspectiva do próprio sobre o processo Compreensão pelo próprio da perspectiva do cuidador Modo de descrição dos sintomas Razões e atitudes de discordância com o cuidador (processo hipocondríaco)
Compensação de dificuldades de adaptação a processos crónicos	Evolução percebida da doença
Compensação de dificuldades de adaptação a tratamentos aversivos	Atitude do doente considerada correcta pelo próprio Avaliação do cuidador pelo doente

doente é capaz, consoante as questões ou as sequências em apreço; (2) o nível onde o doente mais frequentemente, ou duradouramente, se situa nos contextos mais críticos (*e.g.*, de dúvida, angústia, dor física) das diferentes fases do processo; nível este que pode não coincidir com o nível mais alto.

O diagnóstico dos níveis de significação do doente não se destina a tirar-lhe o *retrato* das suas crenças mais profundas e determinantes para as outras crenças da doença, mas a *filmá-lo* no uso das significações, ou dos seus sistemas, que mais contribuem para os movimentos de descentração *vs.* centração, e de compensação *vs.* circularidade, que determinam a sua adaptação ao processo de doença.

Este filme é como todos os filmes *a sério*. O personagem central é observado nas suas verbalizações e actos de coerência e de incoerência.

Relativamente ao mesmo assunto, pode expressar aqui uma opinião, e logo ali expressar outra, sem que tal seja considerado uma *anormalidade*. E pode expressar no mesmo momento raciocínios de nível de complexidade diferente quando salta de um assunto para outro, sem isso seja tido como uma *inconveniência*.

O filme dos processos de desfasamento verticais (intra-sistémicos) e horizontais (inter-sistémicos) tanto poderá levar ao retrato da normalidade ou da conveniência, como ao da anormalidade ou da inconveniência (Quadro 2).

Contudo, na maioria das intervenções desenvolvimentistas, visa-se uma melhor adaptação (por acções de descentração e compensação) aos níveis de significação mais habituais (*e.g.*, mais frequentes/duráveis/intensos nos períodos críticos) e não uma passagem para níveis superiores (Quadro 3).

QUADRO 2

Exemplo de objectivo de intervenção procedente da análise dos desfasamentos verticais

O objectivo de estabilizar o paciente no nível mais alto a que teve acesso justifica-se porque a regressão temporária para níveis inferiores é, normalmente, situacional e reactiva. Mas os problemas do doente aumentam com o aumento destes movimentos regressivos, e a utilização concomitante ou alternada de níveis diferentes também pode colocar problemas de circularidade e ambivalência.

A estabilização no nível mais alto a que se teve acesso também permite evitar os avanços bruscos para o nível de significação superior ao habitualmente usado (*i.e.*, o funcionamento habitual da pessoa a um nível inferior ao do que é capaz) (Joyce-Moniz & Barros, no prelo).

QUADRO 3

Exemplo de objectivo de intervenção procedente da análise dos desfasamentos horizontais entre sequências de significação de dimensões diferentes do processo de doença

- a) Níveis superiores no conhecimento da realidade da doença, e inferiores nas outras dimensões: Esta é uma situação relativamente comum, pelo que não requer nenhuma coordenação inter-sistémica em termos de intervenção. Se conhece bem a doença, o doente tem possibilidade de progredir nas hierarquias de níveis das outras dimensões, para harmonizar ou reestruturar este desfasamento entre significações de teor *epistemológico* e as outras significações subjacentes a opções e atitudes concretas.
- b) Níveis inferiores nesta dimensão, relativamente aos dos das outras: Esta situação é incongruente e pouco comum. Mesmo se a pessoa tem uma visão simplista da doença, consegue conceber procedimentos mais sofisticados de adaptação e confronto. Poderá, assim, estar no limite da sua adaptação ao processo de doença, o que deve orientar a intervenção (*idem*).

Como referido há um tempo (Joyce-Moniz & Barros, 1994), os níveis superiores de significação não garantem a quem os utiliza menos sofrimento racional (*e.g.*, dúvida, indecisão), emocional (*e.g.*, ansiedade, disforia, cólera) e/ou somático (*e.g.*, dor, disfunção) do que aquele de que padeceriam se utilizassem níveis inferiores dessas significações. A intensidade e a gravidade da sintomatologia física e psicológica não tem nada a ver com os níveis das significações que são dirigidas a esses sintomas. *A fortiori*, os níveis superiores de significação não garantem à pessoa uma evolução menos grave, menos rápida ou debilitante se a doença é irreversível. O sofrimento, seja ele qual for, está democraticamente distribuído entre as pessoas que se situam em todos os níveis das sequências de significação de doença e de confronto, incluindo as de significação sobre esse sofrimento.

A única (e grande) vantagem de um nível superior de significação sobre os que lhe estão hierarquicamente abaixo é que o primeiro tem à sua disposição acções dialécticas de descentração e compensação mais abrangentes e diferenciadas para conhecer a doença, integrar o tratamento, lutar com os sintomas, adaptar-se a eles, etc..

No entanto, como se afirmou, na maior parte dos casos, interessa bem mais que a pessoa mude para acções de descentração e compensação, mais simples mas eficazes, utilizando os níveis de significação, mesmo inferiores (*e.g.*, 1 e 2 na sequência de cinco), que mais frequente e/ou duradouramente usa nos contextos determinantes.

E em muitos casos, a constatação de um *desfasamento horizontal* entre sistemas ou dimensões do processo de doença permite usar o sistema de significações de níveis mais elevados para mudar (ou *reequilibrar*) os sistemas menos elevados (exemplo acima).

Destas razões emerge a asserção mais importante na intervenção desenvolvimentista objectivada pelas acções dialécticas adaptadas: pessoas diagnosticadas em níveis de significação diferentes, e/ou com desfasamentos diferentes, devem beneficiar de metodologias de intervenção também diferentes.

O diagnóstico dos níveis de significação do doente, quanto ao processo de doença, e dos seus desfasamentos, e das acções dialécticas associadas a níveis e desfasamentos, permite formular

os objectivos da intervenção e escolher as metodologias a utilizar.

Quer isto dizer, que as metodologias, originalmente enquadradas em paradigmas cognitivos, comportamentais, fenomenológicos e construtivistas da psicoterapia, por um lado podem ser aplicadas aos propósitos clínicos decorrentes dos processos de doenças, por outro podem ser definidas pelas acções dialécticas nelas envolvidas.

QUADRO 4 *Principais metodologias que compõem a nossa proposta*

-
- Atribuição causal
 - Auto-instrução
 - Auto-monitorização
 - Disputa racional
 - Inquirição socrática
 - Tomada de decisão
 - Programação de contingências
 - Distracção
 - Procura de informação
 - Comunicação assertiva
 - Exploração criativa por dramatização e narrativa
-

São assim as formas dialécticas das metodologias (*e.g.*, diferenciação, coordenação, flexibilidade, afirmação, inversão, identidade, reversibilidade, proposição) que são aproveitadas e integradas neste modelo de intervenção, e não obviamente os pressupostos teóricos com que foram inicialmente formuladas.

O especialista desenvolvimentista deve saber identificar, para o seu diagnóstico, os movimentos dialécticos das significações expressas (verbalmente e por outros meios) pelo paciente. E, correlativamente para passar do diagnóstico à acção clínica, saber identificar os movimentos dialécticos objectivados nas metodologias, mesmo que estas ideologicamente não tenham sido concebidas para enquadrar significações individuais (*e.g.*, metodologias de distracção e programação de contingências).

Neste aspecto, a intervenção desenvolvimentista inova pouco visto que outras propostas de

intervenção em Psicologia da Doença usam (como querem) as metodologias de paradigmas comportamentais, cognitivos e fenomenológicos (e.g., Leventhal, 1975, 1983, 1986; Leventhal, Suls & Leventhal, 1993; Leventhal & Diffenbach, 1991; Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001; Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984).

A vantagem já referida da intervenção desenvolvimentista será de reformular as dialéticas diferenciadoras e integradoras de muitas metodologias para as aplicar às significações do doente identificadas em níveis de desenvolvimento, e nos desfasamentos entre esses níveis ou com os de outros sistemas significativos. Com esta reformulação das suas acções mais gerais, a metodologia torna-se tão operacional neste modelo, como o é (ou pretende ser) no modelo que a formalizou em primeiro lugar.

Nesta perspectiva, não interessa quem chega primeiro, mas quem aproveita melhor os movimentos descentradores ou compensadores sugeridos nas diferentes metodologias. Como seria de esperar, acreditamos que os modelos de desenvolvimento e dialéctica de significações do doente se servem coerentemente dessas metodologias.

A inquirição socrática, *core* do racionalismo socrático, do método clínico de Piaget, ou da terapia de reestruturação cognitiva de Aaron Beck, é a (meta)metodologia que organiza todas as outras e que em grande parte as submete aos propósitos de descentração e compensação.

Se considerarmos o pioneirismo de Piaget, podemos dizer que a única metodologia proposta pela psicologia do desenvolvimento enquadra todas as outras, provenientes de outros paradigmas. É neste sentido que se devem compreender as reformulações das metodologias dos outros.

Em última análise, as metodologias só valem se passarem da cabeça dos seus conceptualizadores, para as dos especialistas da intervenção e destas para a *praxis* das vivências dos seus clientes/pacientes. É por isso, que usamos os mesmos critérios dialécticos e desenvolvimentistas para ler as significações dos doentes e as significações dos modelos metodológicos.

REFERÊNCIAS

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997a). Self-efficacy and health behaviour. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 160-161). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997b). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Wiley.
- Becker, M., & Rosenstock, I. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe, & A. Mathews (Eds.), *Health Care and Human Behavior*. London: Academic.
- Bishop, G. (1987). Lay conceptions of physical symptoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 127-146.
- Bishop, G. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J. Skelton, & R. Croyle (Eds.), *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer-Verlag.
- Bishop, G., & Converse, S. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5, 95-114.
- Joyce-Moniz, L. (1985). Epistemology therapy and constructivism. In M. Mahoney, & A. Freeman (Eds.), *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto* (2.^a ed., 2002). Lisboa: McGraw-Hill.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (1994). Psicologia da doença. *Análise Psicológica*, 2/3, 233-251.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (no prelo). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Asa.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (1986). Coping strategies. In S. McHugh, & M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: A multidisciplinary model*. New York: Plenum.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leventhal, E., Suls, J., & Leventhal, H. (1993). Hierarchical analysis of coping: Evidence from life-span studies. In H. Krohne (Ed.), *Attention and Avoidance: Strategies in coping with aversiveness*. Seattle: Hogrefe.

- Leventhal, H. (1975). The consequences of depersonalization during illness and treatment: An information processing model. In J. Howard, & A. Strauss (Eds.), *Humanizing Health Care*. New York: Wiley.
- Leventhal, H. (1983). Behavioral medicine: Psychology in health care. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*. New York: Free.
- Leventhal, H. (1986). Symptom reporting: A focus on process. In S. McHugh, & M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: A multidisciplinary model*. New York: Plenum.
- Leventhal, H., & Diffenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. Skelton, & R. Croyle (Eds.), *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer-Verlag.
- Leventhal, H., Leventhal, E., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. Revesin, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (Vol II). New York: Pergamon.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, E. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

RESUMO

As teorias mais eloquentes da Psicologia da Saúde têm sobretudo a ver com a doença. Esta Psicologia, centrada nas significações das pessoas doentes, coloca questões metodológicas muito mais complexas do que a Psicologia interessada na promoção da Saúde.

Na perspectiva aqui defendida, as grandes dificuldades metodológicas da Psicologia da Doença provêm do paradigma estrutural que orienta os modelos cognitivistas mais frequentemente usados. Em alternativa, é apresentado um modelo desenvolvimentista de intervenção em Psicologia da Doença. Neste modelo, con-

sidera-se que a pessoa doente actua de acordo com as suas significações, e que estas podem ser representadas por um nível, que integra uma sequência de níveis de significações – associadas ao sofrimento e/ao seu confronto – cada vez mais abertas, flexíveis, reversíveis, complexas e/ou universais, e caracterizadas pelas acções de diferenciação e de reestruturação mais usadas. O diagnóstico dos níveis de significação do doente, dos seus desfasamentos, quanto ao processo de doença, e das acções dialécticas associadas a esses níveis e desfasamentos, permite formular os objectivos e escolher as metodologias a utilizar de modo mais direccionado e eficaz.

Palavras-chave: Psicologia da doença, desenvolvimento, intervenção, metodologias.

ABSTRACT

The most eloquent theories of Health Psychology are related to illness. This psychology, centered on personal meanings of people who suffer from diseases, rises methodological questions much more complex than the psychology that is directed to the health promotion.

In the perspective presented in this paper, the great methodological difficulties of Illness Psychology originate from the structural paradigm that orients the most common cognitive models of intervention. Here, as an alternative, the authors present a developmental model of intervention in Illness Psychology. In this model, the ill person acts in accordance with her/his personal meanings, and these can be represented by a level, that is integrated in a sequence of levels associated with suffering and coping, that are progressively more open, flexible, reversible, complex and universal, and can be characterized by the differentiating and restructuring dialectical actions most used.

The identification of the person's level of meanings, and of the main dialectical operations and *décalages* (displacements), allow a more directed and effective formulation of intervention objectives and choice of methodologies.

Key words: Willness psychology, development, intervention, methodology.